

Thérapie hormonale chez les jeunes transgenres

Daniel L. Metzger, MD

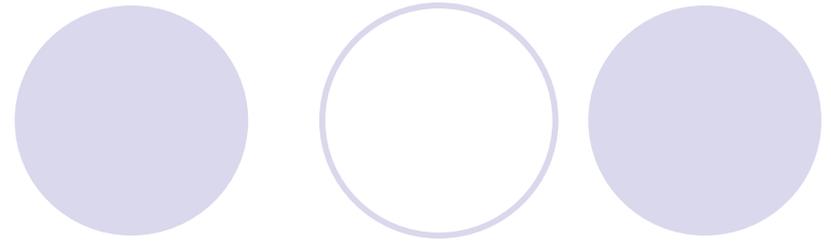


ANGELS OF CHANGE

IN FASHION...



Puberté normale



- filles

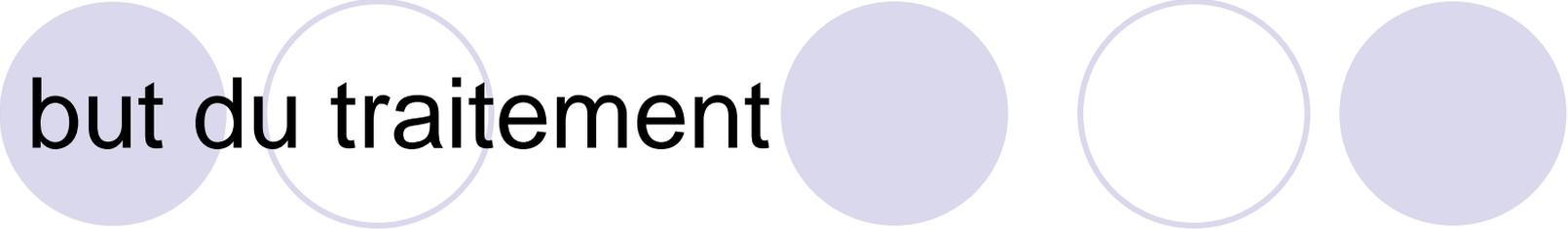
- Le développement mammaire débute à 10 ans (8–12)
- Pic de croissance à 11 ans $\frac{1}{2}$ ($9\frac{1}{2}$ – $12\frac{1}{2}$)
- Première menstruation à 12 ans $\frac{1}{2}$ ($10\frac{1}{2}$ – $14\frac{1}{2}$)

- garçons

- Le grossissement testiculaire débute à 11 ans (9–13)
- Pic de croissance à 13 ans $\frac{1}{2}$ ($11\frac{1}{2}$ – $15\frac{1}{2}$)

- variation considérable

Le but du traitement



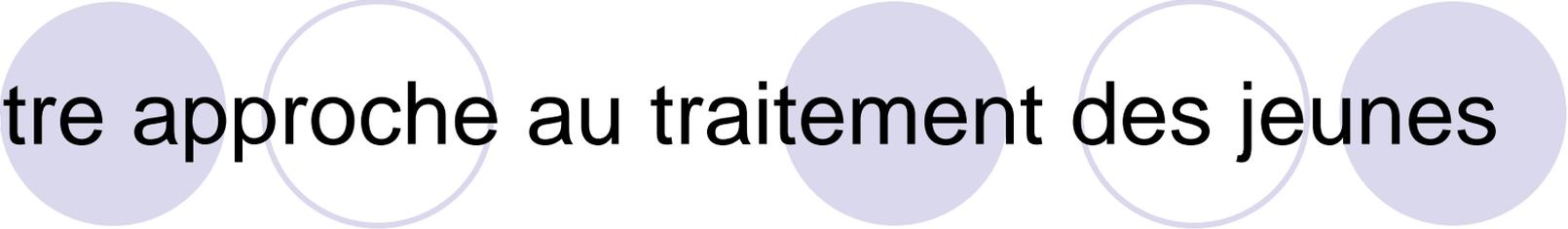
«Le but général de la psychothérapie, du traitement hormonal et des chirurgies pour les personnes ayant des troubles de l'identité du genre, est le bien-être durable à l'intérieur du genre de leur personnalité, favorisant ainsi le bien-être psychologique et le sentiment d'accomplissement de soi.»

Pourquoi traiter les enfants de moins de 18 ans?

- les études démontrent que la capacité fonctionnelle post-opératoire est liée à l'habileté de «passer»
- résultats physique bien supérieur si les patients sont traités avant le début du développement mammaire, la pousse de la barbe et des changement de la voix
- prévient les problèmes développementaux relatif à l'écart entre le corps et l'esprit
- Les patients souffrent!

En quoi les enfant sont-ils différents?

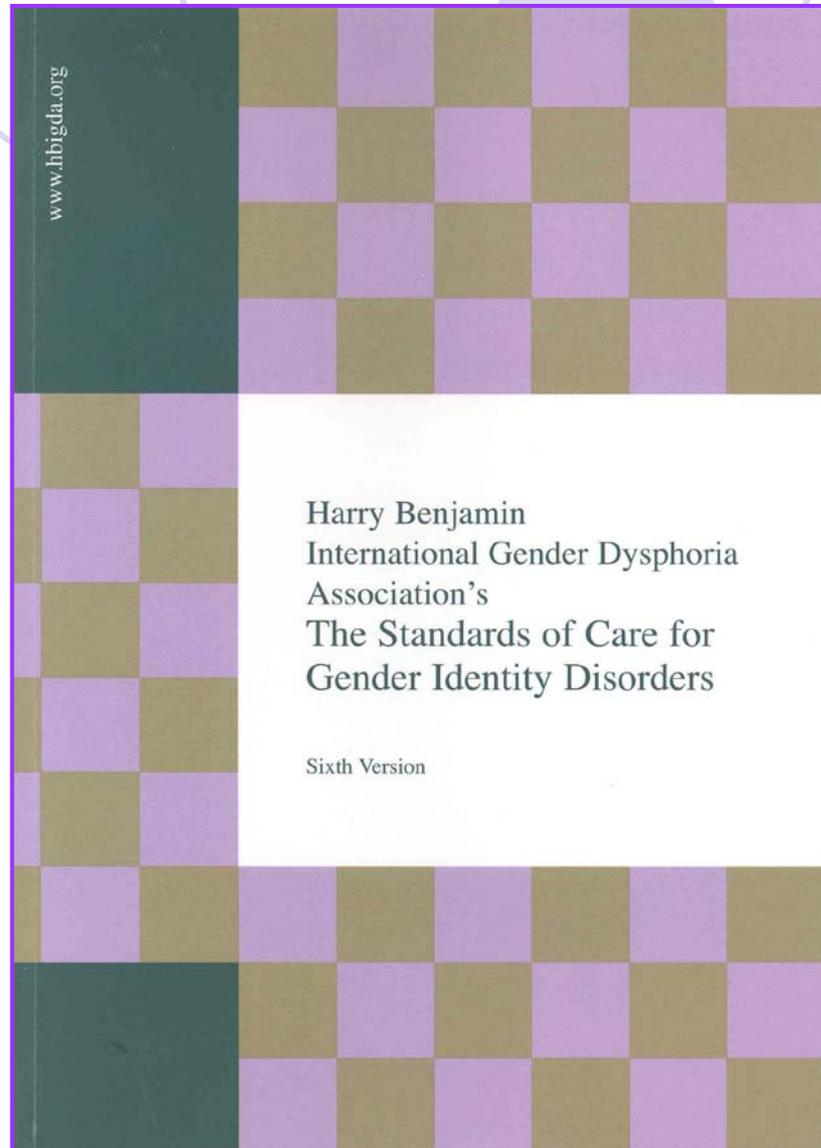
- ils grandissent encore
- sont encore en phase d'accumulation de densité minérale osseuse
- sont encore en phase de développement physique de la puberté
- sont encore en phase de développement psychologique et développement de la puberté,
- leur dysphorie de genre n'est pas tout à fait solidifiée
- ils doivent «faire avec» le système scolaire



Notre approche au traitement des jeunes

- différent du traitement des adultes
- on tente d'émuler la puberté naturelle
- les résultats apparaissent donc plus graduellement

- Nous utilisons les recommandations disponibles et les expériences publiées (Pays-Bas!)



WPATH, Norme des soins 6e version

Caring for Transgender Adolescents in BC: Suggested Guidelines

Clinical Management of Gender Dysphoria in Adolescents

Annelou L.C. de Vries, M.D., Ph.D.*
Peggy T. Cohen-Kettenis, Ph.D.†
Henriette Delemarre-Van de Waal, M.D., Ph.D.‡

Ethical, Legal, and Psychosocial Issues in Care of Transgender Adolescents

Catherine White Holman§
Joshua Goldberg¶

January 2006



a collaboration between Transcend Transgender Support & Education Society and Vancouver Coastal Health's Transgender Health Program, with funding from the Canadian Rainbow Health Coalition's Rainbow Health – Improving Access to Care initiative

* VU University Medical Center – Psychiatry, Amsterdam, The Netherlands
† VU University Medical Center – Medical Psychology, Amsterdam, The Netherlands
‡ VU University Medical Center – Pediatric Endocrinology, Amsterdam, The Netherlands
§ Three Bridges Community Health Centre, Vancouver Coastal Health, Vancouver, BC, Canada
¶ Transgender Health Program, Vancouver Coastal Health, Vancouver, BC, Canada

Endocrine Therapy for Transgender Adults in British Columbia: Suggested Guidelines

Physical Aspects of Transgender Endocrine Therapy

Marshall Dahl, M.D., Ph.D., F.R.C.P.C.*
Jamie L. Feldman, M.D., Ph.D.†
Joshua Goldberg‡
Afshin Jaber, B.Sc.(Pharm), R.Ph.§

Assessment of Hormone Eligibility and Readiness

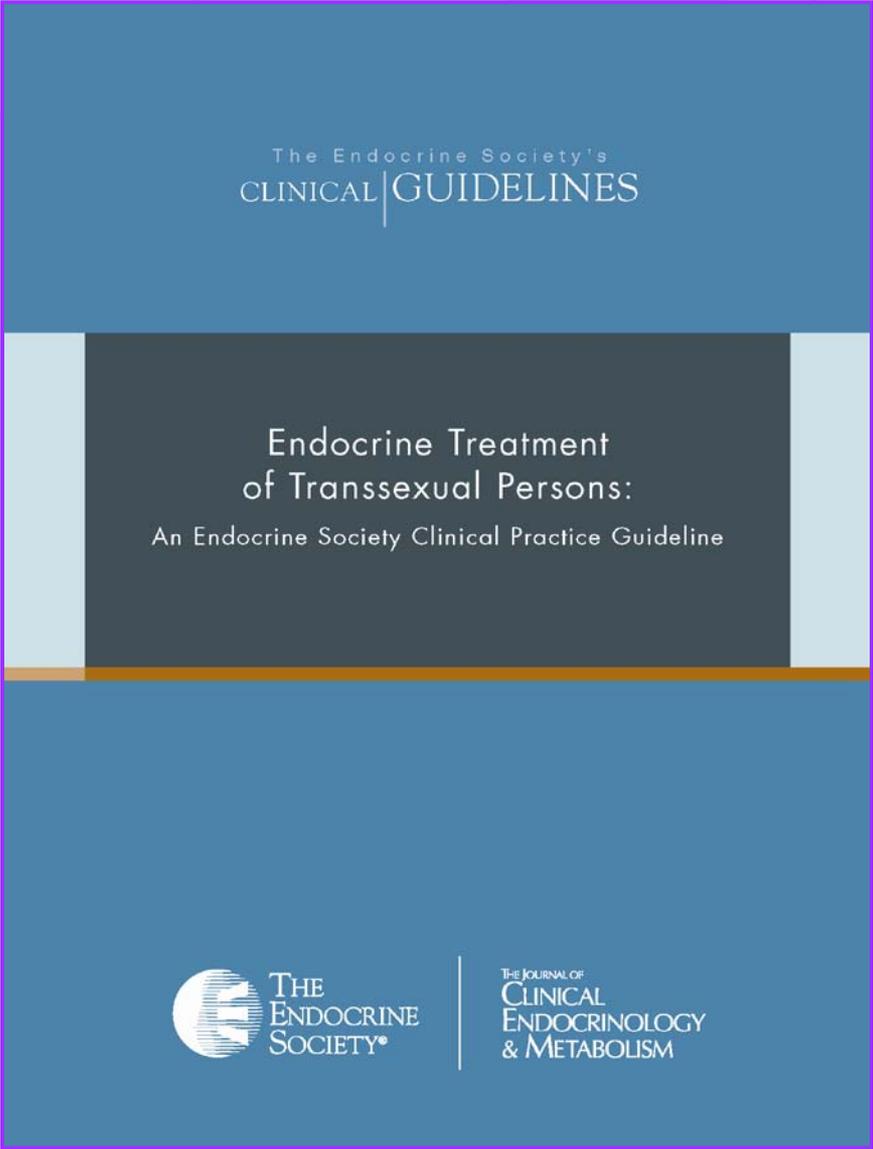
Walter Bockting, Ph.D.†
Gail Knudson, M.D., M.P.E., F.R.C.P.C.**
Joshua Goldberg‡

January 2006



a collaboration between Transcend Transgender Support & Education Society and Vancouver Coastal Health's Transgender Health Program, with funding from the Canadian Rainbow Health Coalition's Rainbow Health – Improving Access to Care initiative

* Department of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada
† Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA
‡ Transgender Health Program, Vancouver, BC, Canada
§ Reach Community Health Centre, Vancouver, BC, Canada
** Department of Sexual Medicine, University of British Columbia/Vancouver Hospital, Vancouver, BC, Canada



Endocrine Society CPG: Endocrine Treatment of Transsexual Persons (*traitement hormonal des personnes transsexuelles*)

CID-10 critère pour la dysphorie de genre chez les enfants

TABLE 3. ICD-10 criteria for transsexualism and GID of childhood (29)

TRANSEXUALISM (F64.0) criteria:

1. The desire to live and be accepted as a member of the opposite sex, usually accompanied by the wish to make his or her body as congruent as possible with the preferred sex through surgery and hormone treatments.
2. The transsexual identity has been present persistently for at least 2 years.
3. The disorder is not a symptom of another mental disorder or a genetic, intersex, or chromosomal abnormality.

GID OF CHILDHOOD (F64.2) has separate criteria for girls and for boys.

FOR GIRLS:

1. The individual shows persistent and intense distress about being a girl and has a stated desire to be a boy (not merely a desire for any perceived cultural advantages of being a boy) or insists that she is a boy.
2. Either of the following must be present:
 - a. Persistent marked aversion to normative feminine clothing and insistence on wearing stereotypical masculine clothing.
 - b. Persistent repudiation of female anatomical structures, as evidenced by at least one of the following:
 - i. An assertion that she has, or will grow, a penis.
 - ii. Rejection of urination in a sitting position.
 - iii. Assertion that she does not want to grow breasts or menstruate.
3. The girl has not yet reached puberty.
4. The disorder must have been present for at least 6 months.

FOR BOYS:

1. The individual shows persistent and intense distress about being a boy and has a desire to be a girl or, more rarely, insists that he is a girl.
2. Either of the following must be present:
 - a. Preoccupation with stereotypic female activities, as shown by a preference for either cross-dressing or simulating female attire or by an intense desire to participate in the games and pastimes of girls and rejection of stereotypical male toys, games, and activities.
 - b. Persistent repudiation of male anatomical structures, as evidenced by at least one of the following repeated assertions:
 - i. That he will grow up to become a woman (not merely in the role).
 - ii. That his penis or testes are disgusting or will disappear.
 - iii. That it would be better not to have a penis or testes.
3. The boy has not reached puberty.
4. The disorder must have been present for at least 6 months.

Thérapie pour la jeunesse transgenre

- interventions complètement réversibles
 - freinage de la puberté, blocage des androgènes
- interventions partiellement réversibles
 - hormones féminisantes ou virilisantes
- interventions irréversibles
 - les chirurgies
- Toutes les interventions sont faites en coordination avec des professionnels de la santé mentale

Critère d'éligibilité pour le traitement hormonal

TABLE 5. Hormone therapy for adolescents

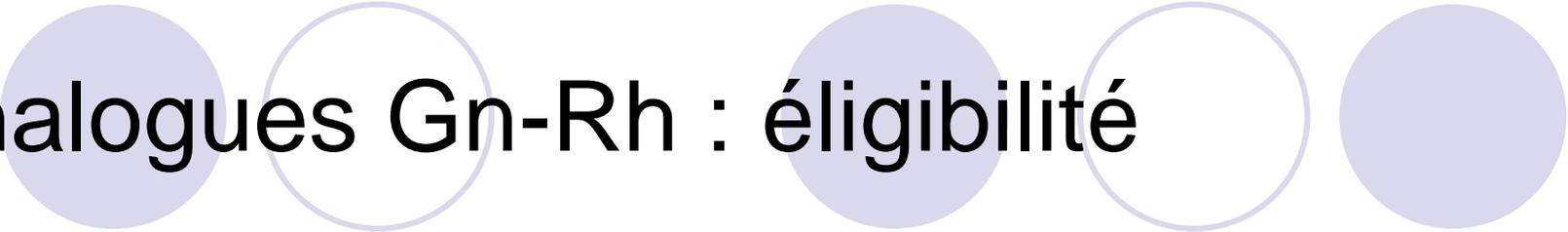
Adolescents are *eligible* and ready for GnRH treatment if they:

1. Fulfill DSM IV-TR or ICD-10 criteria for GID or transsexualism;
2. Have experienced puberty to at least Tanner stage 2;
3. Have (early) pubertal changes have resulted in an increase of their gender dysphoria;
4. Do not suffer from psychiatric comorbidity that interferes with the diagnostic work-up or treatment;
5. Have adequate psychological and social support during treatment; and
6. Demonstrate knowledge and understanding of the expected outcomes of GnRH analogue treatment, cross-sex hormone treatment, and sex reassignment surgery, as well as the medical and the social risks and benefits of sex reassignment.

Adolescents are *eligible* for cross-sex hormone treatment if they:

1. Fulfill the criteria for GnRH treatment AND
2. Are 16 years or older.

Readiness criteria for adolescents eligible for cross-sex hormone treatment are the same as those for adults.



Analogues Gn-Rh : éligibilité

- diagnostique du trouble de genre, préférablement par un psychologue ou un psychiatre spécialisé en psychopathologie des enfants et des adolescents
- psychologiquement stable
- vivant dans un environnement de soutien
- ayant débuté la puberté
- dysphorie accrue avec la puberté

Analogue Gn-Rh : Lupron Depot®

- Injection mensuelle dans la cuisse
- dose: 7.5 mg IM toutes les 4 semaines
- coût: \$388/dose (\$5044/annuellement)
- couvert par BC PharmaCare Plan G
- requiert des tests sanguins pour s'assurer du dosage approprié
- 5% risque d'une réaction locale, parfois sévère
- alternative européenne: Decapeptyl CR®
- ? usage de 3 et 4 formulations mensuelles
- Peut être arrêté si on prend des hormones (cross)

Analogue Gn-Rh : Lupron Depot®



Analogues Gn-Rh : ce qu'ils font

- causent diminution/ralentissement/cessation de:
 - croissance linéaire
 - développement de la puberté
 - pousse de poils d'ue aux androgènes
 - approfondissement de la voix
 - grosseur des seins ou des testicules
 - menstruation, fertilité (cryopréservation de sperme)
 - libido
 - «comportement adolescent»
 - Accroissement de la densité minérale osseuse

Analogues Gn-Rh : ce qu'ils peuvent faire

- permet une atténuation de la dysphorie de genre
- améliore les résultantes psychologiques et physiques
- permet une croissance linéaire plus grande chez les f-à-h
- ralenti la croissance linéaire chez les h-à-f
- cause des bouffées de chaleur et les premières menstruations chez les f-à-h
- ? Compromet les résultantes chirurgicales chez les h-à-f

Analogues Gn-Rh : ce qu'ils ne font pas

- ne cause pas la régression complète de la grosseur du pénis adulte, de la barbe et les poils du corps chez les h-à-f
- ne cause pas la régression complète de la grosseur des seins adultes, et des hanches chez les f-à-h

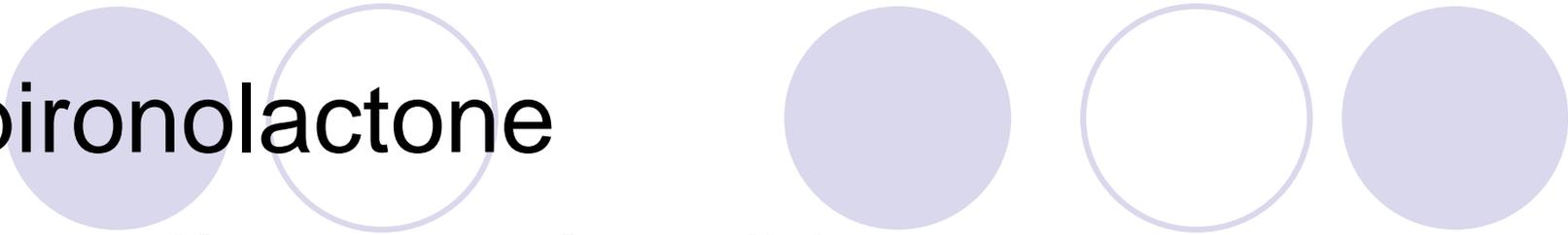
Monitoring de la thérapie des analogues Gn-Rh

- grandeur, poids, IMC
- développement pubertaire
- âge osseux chez les enfants qui grandissent
- densité minérale osseuse
- Niveau de LH (hormone lutéotrope) de référence et/ou de LH stimulé
- testostérone/estradiol
- urée/creatinine, TFH, lipides, glucose, HGB A1C

Anti-androgènes

- Bloque l'action de la T, sa synthèse, et sa conversion en DHT
 - spironolactone (Aldactone® , générique)
 - cyproterone (Androcur®)
 - flutamide (Euflex®)
 - finasteride (Propecia® , Proscar®)
 - dutasteride (Avodart®)
- utilisés pour bloquer l'effet des androgènes sur les follicules des cheveux
- utilisés si les analogues Gn-Rh ne sont pas utilisés
- chacun a ses bénéfices et ces effets secondaires

Spironolactone



- complètement réversible
- dose: 100 mg PO BID
- coût: \$15/mois
- «effet secondaire»: gynécomastie!
- peut causer l'hyperkaliémie:
 - surveiller les électrolytes et la créatinine
- le patient doit consulter pour interrompre s'il y a vomissements

Ce que je fais initialement



- J'offre Lupron Depot® aux enfants qui n'ont pas terminé leur puberté ou qui ont commencé leurs menstruations
- J'offre Lupron Depot® aux enfants qui sont angoissés quant à leur libido, leurs menstruations ou leurs érections
- J'offre le spironolactone pour les autres h-à-f pour prévenir la pousse de la barbe
- J'entame la discussion au sujet de la préservation cryogénique du sperme

Interventions partiellement réversibles

- hormone virilisante pour f-à-h
 - testostérone
- hormones féminisantes pour h-à-f
 - œstrogène
 - progestérone?
 - anti-androgènes
- les effets à long terme ne sont pas bien connus
- les deux sont effectuées avec l'approbation des parents

Thérapie hormonale: âge du traitement

- *«Les adolescents peuvent être éligibles pour débiter les hormones virilisantes ou féminisantes dès l'âge de 16 ans, préférablement avec l'accord des parents.»*
- *«Dans plusieurs pays, 16 ans est l'âge légal où l'on peut prendre ses décisions sur le plan médical, où l'accord des parents nest pas requis.»*
- *«Le professionnel de la santé devrait être impliqué pour un minimum de six mois dans l'implémentation de l'expérience de vie réelle ou du traitement hormonal.»*

Thérapie hormonale

- éligibilité:

- même que pour les analogues Gn-Rh
- état de préparation (même que pour les adultes):
- consolidation accrue de l'identité de genre durant l'expérience de vie réelle ou la psychothérapie
- a fait des progrès dans la maîtrise d'autres problèmes conduisant à l'amélioration de la santé mentale, ou au maintien de cette dernière
- toute probabilité que l'on prendra les hormones de façon responsable

Consentement éclairé

● connaître les lois locales (BC Infants Act)

 **INFORMED CONSENT FORM**
Estrogen Therapy for Gender Identity Disorder

I am receiving treatment for Gender Identity Disorder (G.I.D.). The cause of G.I.D. is not known, but is thought to be partly due to prenatal (before birth) hormones affecting the early development of my brain pathways. I understand that the effect of this on me means that, even though I think of myself completely as female, I am a genetic and biological (physical) male. I want to receive treatment that will help me change my body to that of a female so that it will match my sense of myself (my identity) as a female.

With the understanding and consent of my parents, I may have been taking a type of medicine called gonadotropin-releasing hormone analog to stop me from going through puberty as a male. I may also have been taking an anti-androgen medication (spironolactone). At the same time, my treatment has also involved "talking therapy" (psychotherapy) to help me think about all the possible results and consequences of going all the way through the physical change, called "transition", from a male to a female identity.

I understand that I may now begin taking the female hormone estrogen, in a dose that would be proper for other females my age. I understand that estrogen will cause my body to become more female in appearance, and it will reduce my male hormones. I know that this treatment will not change my genetic sex (chromosomes), and it will not change my external reproductive structures (penis, testicles).

I understand that, although estrogen is a common treatment for adults with G.I.D., it is very new to be using this treatment on young adolescents, and the long-term effects are not fully known. It has been explained to me that doctors are prescribing estrogen because they believe that I will continue towards full physical transition to a female, perhaps including eventual surgery to remove or reshape my external male reproductive structures. However, taking estrogen now does not guarantee that I will eventually want, need, or have this surgery. Surgery has to be talked about in detail when I reach the "age of majority", and final decisions can only be made after that time.

There are also possible long-term considerations and risks of estrogen use in genetic males, as follows:

1. The feminizing effects of estrogen can take several months or longer to become noticeable, and that the rate and degree of change can't be predicted.
2. Taking estrogen will cause breast development.
 - Breasts may take several years to develop to their full size.
 - Even if estrogen is stopped, the breast tissue that has developed will remain.
 - As soon as breasts start growing, it is recommended to start doing monthly breast self-exams, and to have an annual breast exam by a doctor or nurse.
 - There may be milky nipple discharge (galactorrhea). This can be caused by taking estrogen or by an underlying medical condition. It is advised to check with a doctor to determine the cause.
 - It is not known if taking estrogen increases the risk of breast cancer.

Page 1 of 4

 **INFORMED CONSENT FORM**
Testosterone Therapy for Gender Identity Disorder

I am receiving treatment for Gender Identity Disorder (G.I.D.). The cause of G.I.D. is not known, but is thought to be partly due to prenatal (before birth) hormones affecting the early development of my brain pathways. I understand that the effect of this on me means that, even though I think of myself completely as male, I am a genetic and biological (physical) female. I want to receive treatment that will help me change my body to that of a male so that it will match my sense of myself (my identity) as a male.

With the understanding and consent of my parents, I have been taking a type of medicine called gonadotropin-releasing hormone analog to stop me from going through puberty as a female. At the same time, my treatment has also involved "talking therapy" (psychotherapy) to help me think about all the possible results and consequences of going all the way through the physical change, called "transition", from a female to a male identity.

I understand that I may now begin taking the male hormone testosterone, in a dose that would be proper for other males my age. I understand that testosterone will cause my body to become more male in appearance, and it will reduce my female hormones. This will probably mean that I will not menstruate (have "periods"), and that I will not be fertile (able to get pregnant) for the duration of treatment. I know that this treatment will not change my genetic sex (chromosomes), and it will not change my internal reproductive structures (ovaries, uterus, and vagina).

I understand that, although testosterone is a common treatment for adults with G.I.D., it is very new to be using this treatment on young adolescents, and the long-term effects are not fully known. It has been explained to me that doctors are prescribing testosterone because they believe that I will continue towards full physical transition to a male, perhaps including eventual surgery to remove my inner female reproductive structures (ovaries and uterus). There is another kind of surgery, to create male genitalia (penis and scrotum), that is also a separate decision. However, taking testosterone now does not guarantee that I will eventually want, need, or have these surgeries. Surgery has to be talked about in detail when I reach the "age of majority", and final decisions can only be made after that time.

There are also possible long-term considerations and risks of testosterone use in genetic females, as follows:

1. The masculinizing effects of testosterone can take several months or longer to become noticeable, the rate and degree of change can't be predicted, and changes may not be complete for 2-5 years after starting testosterone.
2. The following changes will likely be permanent, even if testosterone is discontinued:
 - lower voice pitch (i.e., voice becoming deeper)
 - increased growth of hair, with thicker/coarser hairs, on arms, legs, chest, back, and abdomen
 - gradual growth of moustache/beard hair
 - hair loss at the temples and crown of the head, with the possibility of becoming completely bald

Page 1 of 4

Thérapie virilisante: voie et coûts

- testostérone

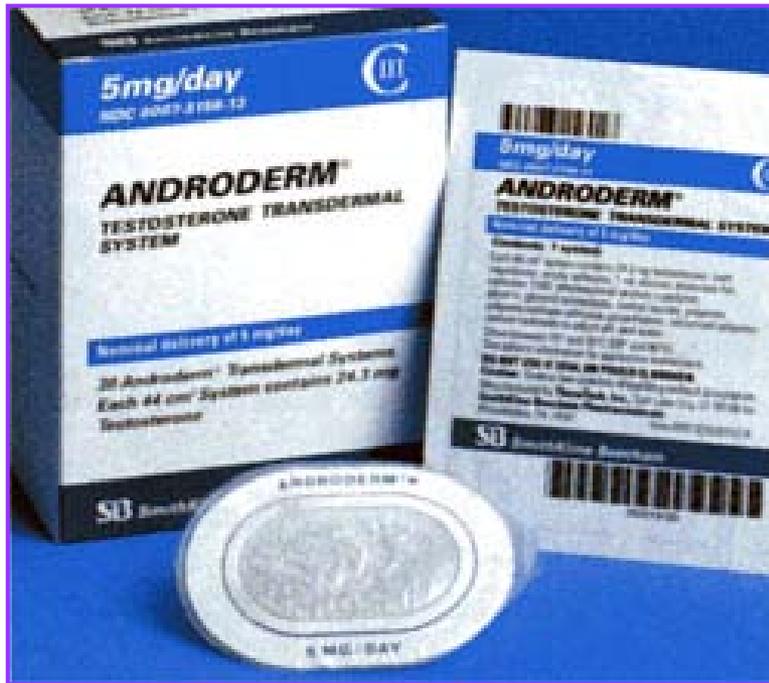
- voie:

- injections (Delatestryl®) toutes les 2–4 semaines
- patch (Androderm®) quotidienne
- gel (Androgel®) quotidienne

- coûts:

- injections: \$12/mois
- patch: \$125/mois
- gel: \$125/mois

Thérapie virilisante: formules



Thérapie virilisante: ce que je fais

- j'utilise Delatestryl® (testostérone énanthate)
- j'obtiens le consentement éclairé du patient
- j'augmente le dosage à tous les 6 mois pendant 2 ans:
 - début: 50 mg IM aux 2 semaines × 6 mois
 - puis: 100 mg IM aux 2 semaines × 6 mois
 - puis: 150 mg IM aux 2 semaines × 6 mois
 - puis: ~200 mg IM aux 2 semaines (dosage adulte)
- Endo Soc: 25–50–75–100 mg/m²/2 semaines

Thérapie virilisante: les bénéfices

- permanent:
 - pousse des poils pubiens, axillaire, du corps et la barbe
 - croissance accrue (si l'épiphyse n'est pas fusionnée)
 - densité minéral osseuse accrue
 - approfondissement de la voix, et développement de la pomme d'adam
 - grossissement du clitoris, assèchement vaginal
- non permanent:
 - augmentation de la masse musculaire, distribution masculine du gras
 - accroissement de la libido
 - cessation des menstruations

Thérapie virilisante: les risques

- permanents:
 - calvitie
- non permanents:
 - acné
 - augmentation des risques de maladies cardiovasculaires
 - changement comportementaux
- inconnus:
 - fertilité
 - effet sur l'utérus, les seins et les ovaires

Thérapie virilisante: ce qu'elle ne fait pas

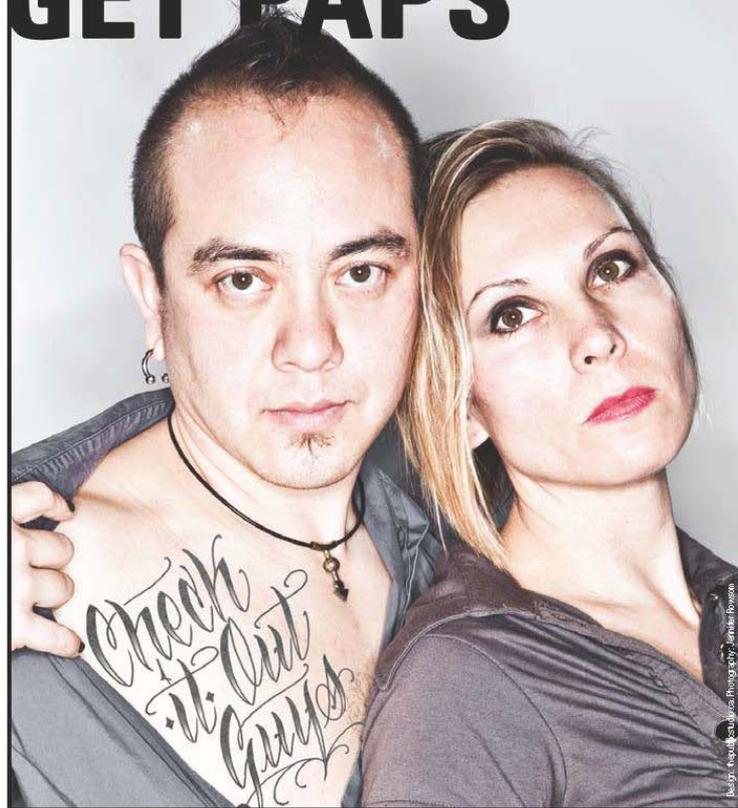
- réduction complète des tissus mammaires
- augmentation du clitoris de la grosseur d'un pénis «normal»
- régression de l'utérus et des ovaires

Thérapie virilisante: suivi des f-à-h

- taux de testostérone:
 - à mi-chemin entre les injections, ou à n'importe quel moment avec le gel ou le patch
 - maintenir le niveau idéal à 12–24 nmol/L (adultes)
- taux d'estradiol: idéalement <180 pmol/L
- poids, pression sanguine
- FSC, TF Hépatique, lipides à jeun, glucose
- Frotti de dépistage, mammogrammes au besoin
- DOR* de base, après l'âge de 60 ans

*densitométrie osseuse de référence

WE BOTH GET PAPS



If you've ever been sexually active (in any way) and have a cervix, you need regular Paps. Check out our website for more information and tips on how to make getting a Pap easier.



checkitoutguys.ca

checkitoutguys.ca

Thérapie féminisante: voie et coûts

- estrogène

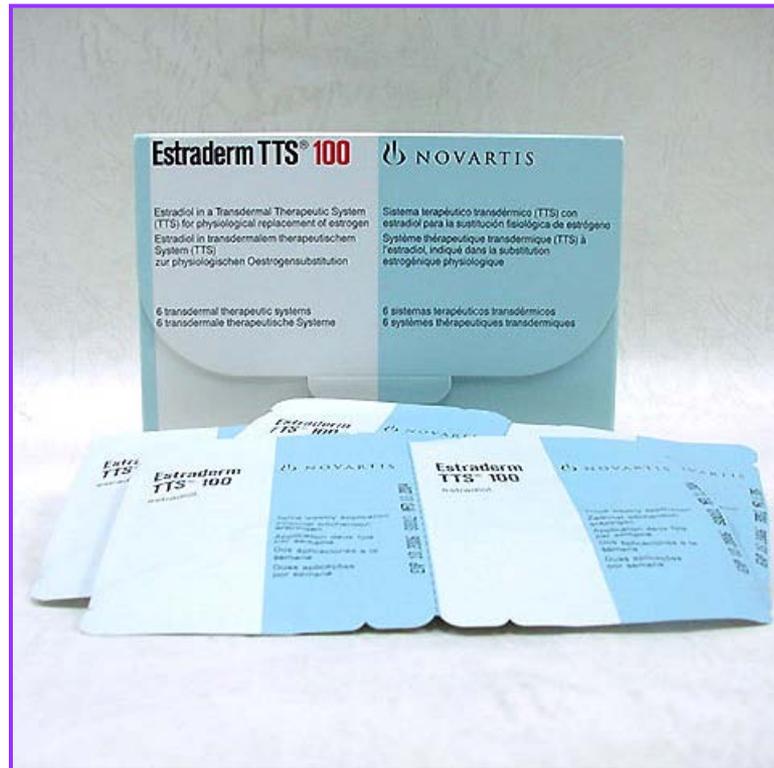
- voie:

- comprimés (Estrace®, Premarin®, others) quotidien
- patch (Estraderm®, Estradot®, Oesclim®) 2 × /sem.
- gel (Estrogel®) quotidien
- Injections (Delestrogen®) toutes les 2–4 semaines

- coûts:

- comprimés: \$14/mois
- patch: \$25–50/mois
- gel: \$20/mois
- injections: non disponibles

Thérapie féminisante : formules



Thérapie féminisante : ce que je fais

- j'utilise Estrace® (17 β -estradiol micronisé)
- j'obtiens le consentement éclairé du patient
- J'augmente le dosage tous les 6 mois pendant 2 ans:
 - début: 0.5 mg PO quotidien \times 6 mois
 - puis: 1 mg PO quotidien \times 6 mois
 - puis: 1.5 mg PO quotidien \times 6 mois
 - puis: 2 mg PO quotidien (dosage adulte)
- Endo Soc: 5–10–15–20 μ g/kg/journée

Thérapie féminisante : ce qu'elle ne fait pas

- élève le son de la voix
- diminue la grosseur de la pomme d'adam
- diminue la grosseur du pénis
- cause la régression de la barbe

Thérapie féminisante : les bénéfices

- permanents:
 - développement mammaire (peut prendre quelques années)
 - accroissement de la densité minérale osseuse
- non permanent:
 - peau douce
 - diminution de la masse musculaire
 - distribution féminine du gras
 - moins de poils sur le corps (pas complètement)
 - ralentissement de la calvitie

Thérapie féminisante : les risques

- permanent:

- ? élévation du risque du cancer du sein
- Diminution du croisement linéaire

- non permanent:

- réduction testiculaire, infertilité
- réduction de la libido
- ? élévation du risque de caillots sanguins, calculs biliaires

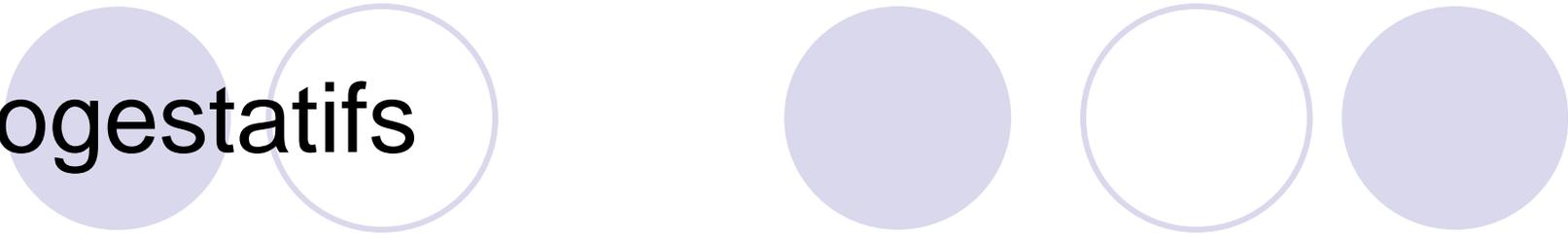
- inconnus:

- fertilité
- effet sur les testicules

Thérapie féminisante : suivi des h-à-f

- taux d'estradiol (si sur E₂):
 - maintenir <1600 pmol/L (pic normal chez les femmes)
 - idéalement ~720 pmol/L (adultes)
- taux de testostérone: idéalement <2 nmol/L
- poids, pression sanguine
- FSC, TFH, lipides à jeun, glucose
- électrolytes si on prend la spironolactone
- dépistage: sein, colon, et prostate au besoin
- DOR de base après l'âge de 60 ans

Progestatifs



- certains pensent qu'ils aident au développement des seins
- demeure controversés
- la Endocrine Society ne les mentionne pas
- provoque le SPM, un sentiment de cycle
- comprimés:
 - Prometrium® (progestérone micronisée)
 - Provera® (medroxyprogesterone)

Suivi des enfants et la thérapie hormonale

- grandeur, poids, grandeur assis/e, IMC
- ? développement pubertaire
- âge osseux chez les enfants qui grandissent
- densité minérale osseuse

- LH, HSF, testostérone/estradiol
- urée/creatinine, TFH, lipides, glucose, A1C

Interventions irréversibles: chirurgies

- *« Toutes interventions chirurgicales ne devraient être entreprises avant d'avoir atteint l'âge adulte, ou précédent l'expérience de vie réelle d'au moins 2 ans dans le rôle du genre du sexe auquel l'adolescent s'identifie »*
- *« Le seuil des 18 ans devrait être vu en tant que critère d'éligibilité, et non pas en tant qu'indicatif en soi d'intervention active. »*

Interventions irréversibles: chirurgies

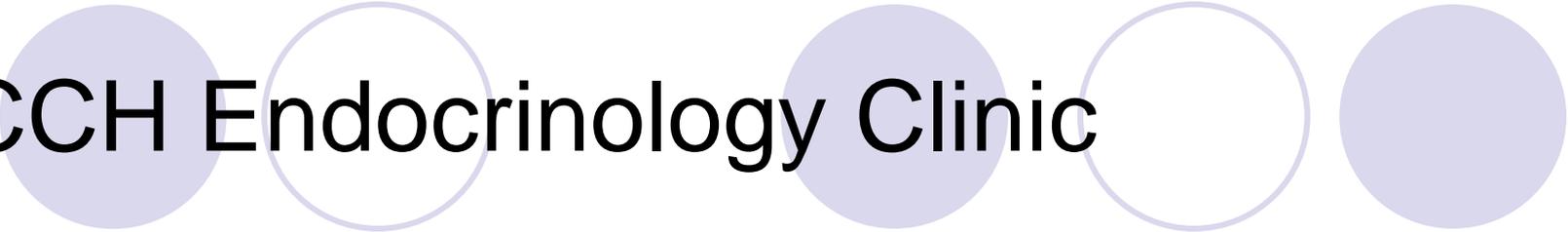
TABLE 17. Sex reassignment surgery eligibility and readiness criteria

Individuals treated with cross-sex hormones are considered eligible for sex reassignment surgery if they:

1. Are of the legal age of majority in their nation.
2. Have used cross-sex hormones continuously and responsibly during 12 months (if they have no medical contraindication).
3. Had a successful continuous full-time RLE during 12 months.
4. Have (if required by the MHP) regularly participated in psychotherapy throughout the RLE at a frequency determined jointly by the patient and the MHP.
5. Have shown demonstrable knowledge of all practical aspects of surgery (e.g., cost, required lengths of hospitalizations, likely complications, postsurgical rehabilitation, etc.).

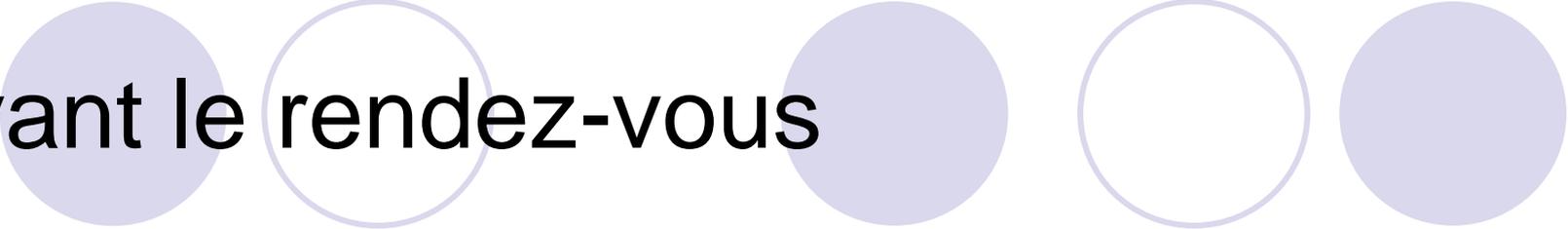
Individuals, treated with cross-sex hormones, should fulfill the following readiness criteria prior to sex reassignment surgery:

1. Demonstrable progress in consolidating one's gender identity.
2. Demonstrable progress in dealing with work, family, and interpersonal issues resulting in a significantly better state of mental health.



BCCH Endocrinology Clinic

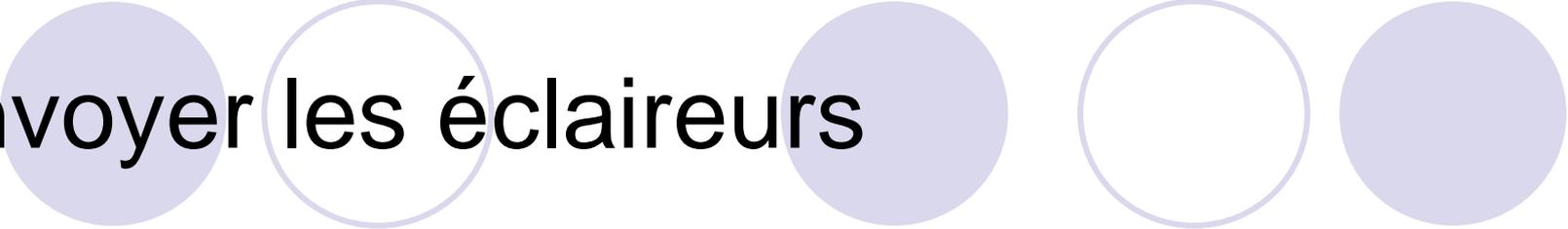
- on doit y être référé
- endocrinologues pédiatriques
- infirmier/ère clinicien/ne endocrinologue
- travailleur/se social/thérapeute
- agent de liaison avec le Transgender Health Program
- agent de liaison avec les professionnels de la santé mentale
- <http://endodiab.bcchildrens.ca>



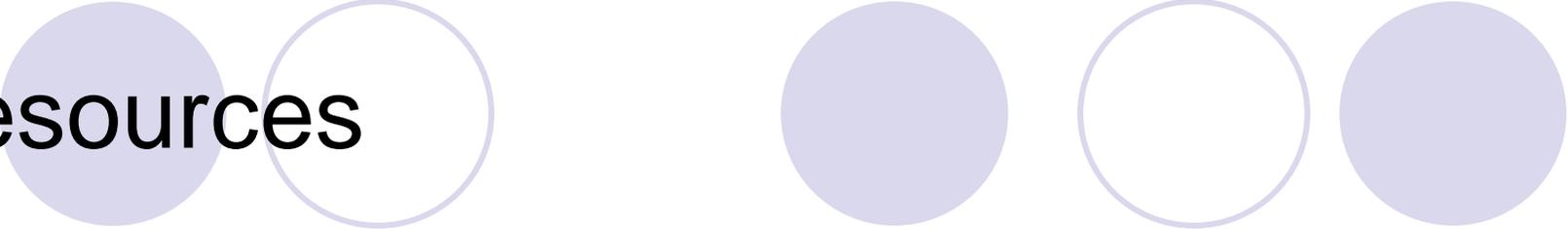
Avant le rendez-vous

- préparer le personnel à la réception
- utiliser des fiches de gradation grises (photocopies)
- faire usage libéral d'entrées de surnoms dans les bases de données
- préparer tous les services hors clinique

Envoyer les éclaireurs



- Notre infirmière clinique rencontre d'abord la famille :
 - apprend quel est le nom désiré, ainsi que le pronom
 - apprend qui est qui
 - étudie la dynamique familiale, etc...
 - fait la description du fonctionnement de la clinique
 - donne accès aux ressources locales, dépliants, livres, vidéos, etc...



Resources

- CPATH:

- cpath.ca

- WPATH:

- wpath.org

- Endocrine Society:

- endo-society.org/guidelines/

- VCH Transgender Health Program

- transhealth.vch.ca

"This vital book fills a profound social need by giving parents of transgender children basic information about who those children may be. It will mitigate feelings of isolation, not only affording insight, but also paving the way for compassion."

—Andrew Solomon, author of *The Noonday Demon*

The
TRANSGENDER
Child

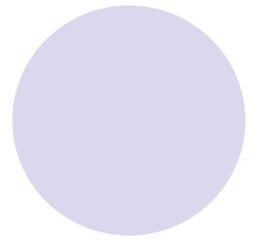
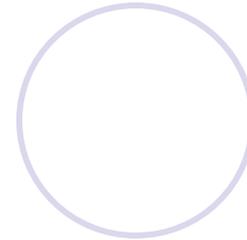
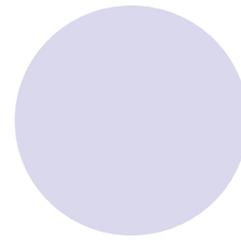
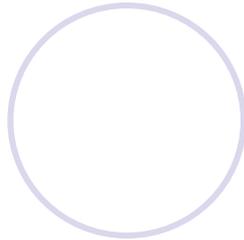
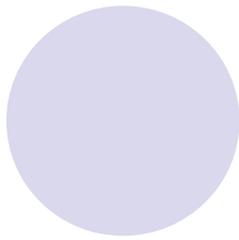
A Handbook for
Families and
Professionals

Stephanie Brill AND
Rachel Pepper
Foreword by
Dr. Norman P. Spack, MD

"A 'must read.'"

—Irene N. Sills, MD, Professor
of Pediatrics, SUNY

Copyrighted Material

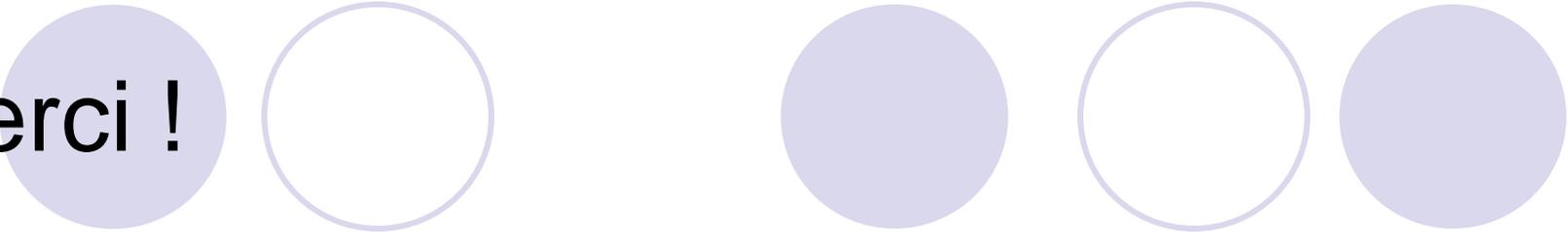


Transgender children

Mourning a daughter, celebrating a son



More transgender teens are coming out than ever before – and at increasingly earlier ages. But even as resources for families grow, parents struggle with being supportive while coping with their own conflicting emotions



Merci !

- **BC Children's Hospital**

- Sheila Kelton, RN

- Mabel Tan, RN

- **VCH Transgender Health Program**

- Lukas Walther, Coordinator

- Gail Knudson, MD and Oliver Robinow, MD

- Melady Preece, PhD

- Christopher Booth, MD

- **À tous nos patients et leur famille!**